

Office de médiation
de l'assurance-maladie

Rapport annuel '16

Avant-propos de la médiatrice



La Médiatrice avec son équipe

Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés,

Dans cette édition du rapport annuel, nous vous exposons plusieurs cas choisis qui nous ont occupés durant l'année 2016. Les sujets abordés sont, comme toujours, de nature diverse. Il est question de prestations, de participations aux coûts en cas de grossesse, du devoir de renseignement de l'assureur-maladie envers les assurés, de la suspension de la couverture des accidents, du changement de caisse-maladie, de la procédure de recouvrement dans le domaine des assurances complémentaires, ainsi que de situations présentant un élément d'extranéité.

Enfin, nous avons introduit une statistique nouvelle sous le titre "interventions de l'Office de médiation", par laquelle nous voulons montrer aux lecteurs la qualité du travail effectué par nos caisses-maladie. Il en ressort en même temps le taux de réussite des interventions de l'Office de médiation.

J'espère que le rapport 2016 suscitera votre intérêt.

Pour terminer, j'aimerais remercier les assureurs-maladie pour leur bonne collaboration.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerne, 17 mai 2017

A handwritten signature in black ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Table des matières

1. Office
2. Conseil de fondation
3. Chiffres (évolution des cas)
 - 3.1 Entrées par matières
 - 3.2 Entrées par branche d'assurance
 - 3.3 Entrées par langue
 - 3.4 Intervention de l'Office de médiation
 - 3.5 Evolution des entrées (résumé)
4. Principes directeurs de la médiation
 - 4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?
 - 4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?
 - 4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder?
 - 4.4 Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?
 - 4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation?
 - 4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?
5. Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal
 - 5.1 La participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal
 - 5.2 La contribution aux frais de transport et de sauvetage selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal
 - 5.3 Le devoir de renseignement de l'assureur selon l'art. 27 al. 1 LPGa
 - 5.4 La suspension de la couverture des accidents selon l'art. 8 LAMal

- 6. Pratique des assurances complémentaires selon la LCA**
 - 6.1 Les Prestations fournies par l'assurance complémentaire d'hospitalisation**
 - 6.2 La procédure de recouvrement selon les art. 20 et 21 LCA**
 - 6.3 Le changement d'assureur**
- 7. Pratique en présence de situations transfrontalières**

Afin de faciliter la lecture de ce rapport annuel le genre masculin sera utilisé sans discrimination.

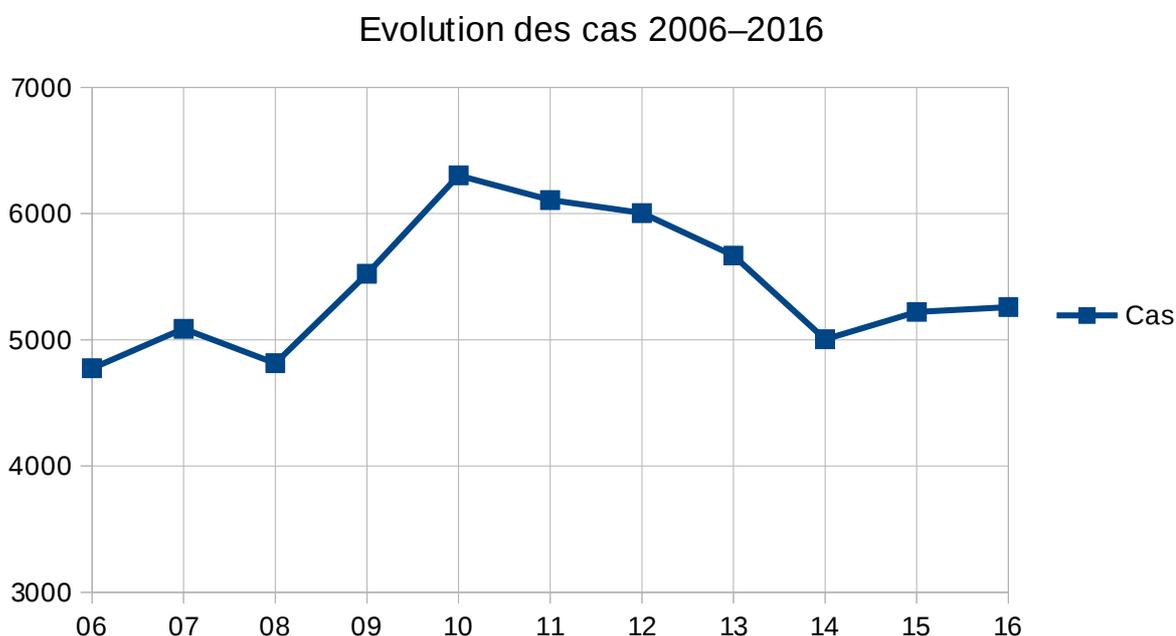
1 Office

Les services de l'Office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année 2016 sous revue par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), son substitute (Fürsprecher Thomas Schmutz, avocat bernois), par cinq collaboratrices-juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann et Lorena Tronto) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Lorétan et Eliane Liniger). Au 31 décembre 2016, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 6,0 postes.

2 Conseil de fondation

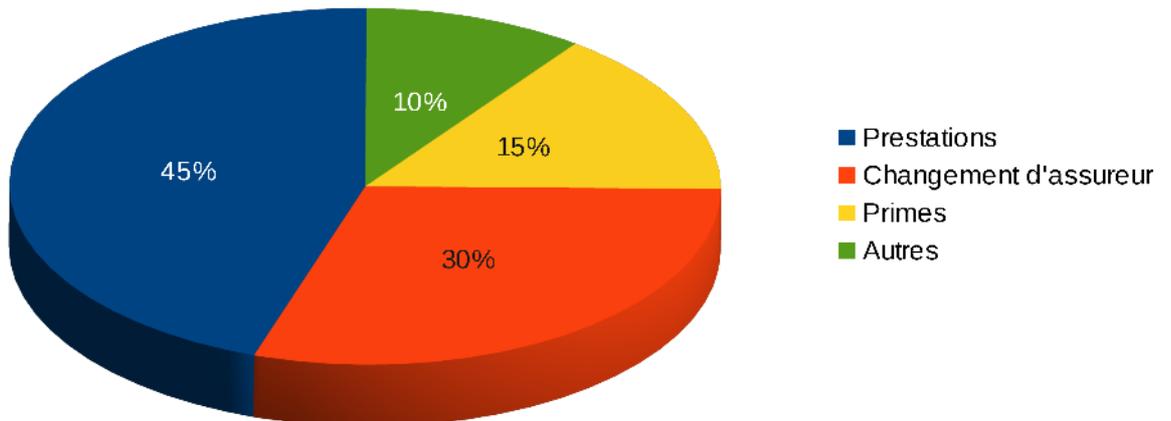
C'est le 11 mai 2016 que le Conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes annuel 2015 et d'approbation du rapport annuel 2015. Le 15 novembre 2016 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2017 et discuter l'exercice en cours de l'Office de médiation.

3 Chiffres



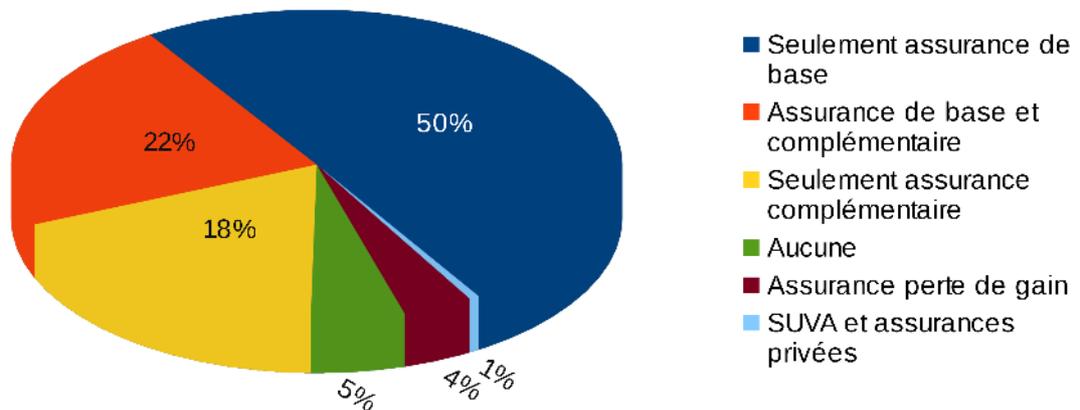
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2016, 5259 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2015 : 5221), ce qui représente une hausse de 0,72% par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante: 2388 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2015 : 2678), 1517 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2015 : 1545) et 814 les primes/contributions (2015 : 755). Les 540 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2015 : 243).

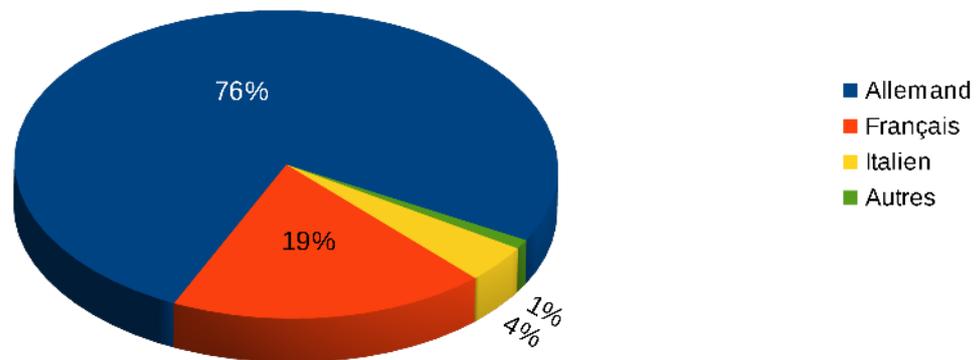


3.2 Entrées par branche d'assurance

2689 cas ne concernaient que l'assurance de base (2015 : 2710) contre 950, uniquement les assurances complémentaires (2015 : 885), 1144 ces deux branches ensemble (2015 : 1117). En 2016, 192 cas concernèrent l'assurance indemnités journalière (2015 : 256). Dans 28 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA. Les 256 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie (2015 : 253).

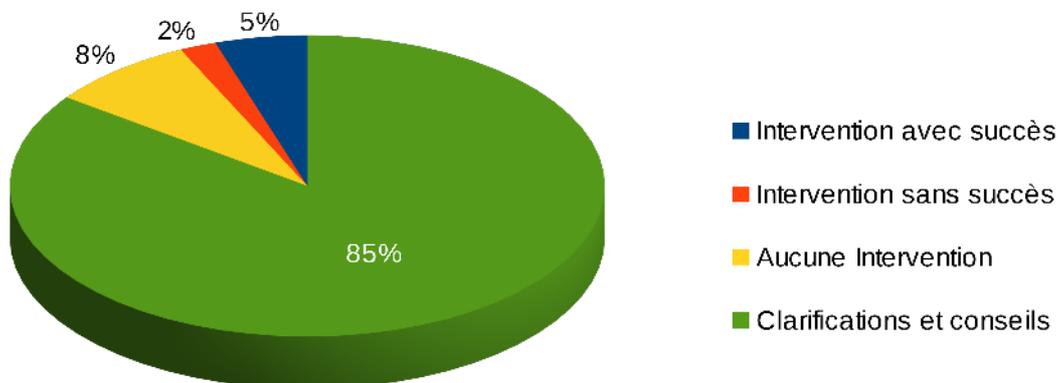


3.3 Entrées par langue



4043 requêtes furent adressées à l'Office de médiation en allemand (2015: 4114), 994 en français (2015: 860), 192 en italien (2015: 178) et 30 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2015: 69).

3.4 Interventions de l'Office de médiation



Par le biais de cette statistique nouvellement introduite dans le rapport annuel, nous souhaitons montrer aux lecteurs la qualité du travail de nos caisses-maladie. Dans 85% des cas, le rôle de notre Office de médiation a consisté à confirmer la décision de l'assureur, le cas échéant, en donnant des explications complémentaires à la personne assurée. Il ressort en même temps de cette statistique que l'Office de médiation n'intervient auprès d'un assureur seulement lorsque cela est nécessaire. En pratique, l'Office de médiation a déposé une requête dans 7% des cas, et avec succès dans 5 % des cas, ce qui correspond à un taux de réussite de plus de 71%. Dans 8% des cas, l'Office de médiation n'est pas intervenu, en ce sens qu'il n'a pas présenté de demande particulière à la caisse-maladie mais l'a uniquement priée de fournir des documents que nous n'avons pas reçus de la part des assurés en raison de problèmes liés à la langue ou à l'âge.

3.5 Evolution des entrées (résumé)

Alors que le nombre de cas présentés durant l'année 2014 correspondait dans une large mesure au nombre moyen de cas des années précédentes, il a augmenté de 4,33 % en 2015 et de 0,72 % supplémentaire l'année suivante. En 2016, cet accroissement touche en particulier les domaines "Primes" et "Autre".

En ce qui concerne le domaine "Primes", on note une hausse des requêtes en rapport avec la participation aux coûts, en particulier en cas de grossesse. Le nouvel art. 64 al. 7 LAMal, entré en vigueur le 1er mars 2014, a manifestement provoqué des malentendus lors de sa mise en œuvre (cf. chapitre 6).

La hausse spectaculaire du nombre de cas dans le domaine "Autre" repose sur le fait que les services de conseil en matière de dettes, les services sociaux et les médecins demandent de plus en plus souvent conseil à notre Office de médiation et dans des domaines, où nous ne sommes qu'en partie ou pas du tout compétents (comme par exemple l'assurance-invalidité, la réduction des primes, la liste des mauvais payeurs, les cas de responsabilité civile, etc.). Face à de telles demandes, notre rôle se limite à une brève consultation téléphonique ou par e-mail en indiquant à qui s'adresser le cas échéant. Nous renonçons, dans ces cas-là, à intervenir auprès de la caisse-maladie parce que cela dépasserait nos ressources en temps et en personnel.

4 Principes directeurs de la médiation

Cette année encore, il convient d'expliquer au public la mission et la manière de procéder de l'Office de médiation. Ce rappel est nécessaire à l'heure où toujours plus de gens attendent de l'Office de médiation qu'il joue un rôle pour lequel il n'a pas été institué. C'est ainsi que les assurés le considèrent souvent à tort comme une institution d'assistance juridique gratuite à laquelle ils peuvent délivrer des instructions. Ou encore, ils partent à tort de l'idée que la sollicitation des services de l'Office de médiation a pour effet d'interrompre des délais en cours, comme il en irait s'ils s'adressaient à une instance judiciaire. Les fournisseurs de prestations et autres institutions défendant les intérêts des assurés voient aussi parfois en l'Office de médiation un bureau de renseignements ou un centre d'expertise dont les avis peuvent aussi servir leur politique. Même pour les collaborateurs des caisses-maladie, la question de savoir dans quels cas ils peuvent adresser un assuré à l'Office de médiation et dans quels cas ils ne le peuvent pas n'est pas claire.

D'après l'acte fondateur de la fondation et le règlement s'y rapportant, la principale tâche de l'Office de médiation consiste à dissiper les malentendus entre les caisses-maladie et leurs assurés ainsi qu'à trouver des solutions en cas de divergence d'opinions. Dans ce cadre, l'Office de médiation prodigue des conseils aux assurés et les informe sur la législation en vigueur ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les renseignements qu'il délivre concernent le cas concret qui lui est soumis. Dans les cas sortant de sa compétence, l'Office signale l'existence d'organisations de conseil et d'assistance. L'Office intervient finalement auprès des assureurs-maladie lorsque la personne assurée qui sollicite son aide met à sa disposition les documents nécessaires.

L'Office de médiation a comme but de soutenir gratuitement et de manière non bureaucratique les assurés et ainsi de contribuer à la recherche d'une solution à leurs problèmes avec leurs caisses-maladie.

4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?

Il est compétent lorsqu'il a affaire à un contrat d'assurance ressortissant au domaine de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal (= loi fédérale sur l'assurance-maladie) et/ou de l'assurance complémentaire d'après la LCA (= loi fédérale sur le contrat d'assurance) et, s'agissant des parties en conflit, lorsque la personne assurée est couverte auprès d'une caisse-maladie reconnue au sens de l'art. 11-13 LAMal ayant son siège en Suisse.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal les thèmes suivants occupent particulièrement les assurés:

- obligation d'assurance (affiliation, dispense, suspension),

- formes particulières d'assurance (franchise à option, assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, etc.),
- changement d'assureur,
- prestations (en cas de maladie, d'accident à titre subsidiaire, de maternité),
- prestations à l'étranger,
- soins dentaires,
- primes et participations aux coûts,
- encaissement,
- assurance facultative de indemnités journalières,
- protection des données (obligation de collaborer, accès au dossier), etc..

Dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA les thèmes suivants sont principalement traités:

- propositions d'assurance,
- réticence,
- encaissement,
- prestations,
- prescription,
- justification des prétentions,
- assurance d'indemnités journalières,
- obligation de diminuer le dommage,
- double assurance, etc..

4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?

Les possibilités d'intervention de l'Office de médiation sont limitées. Lorsque l'assureur a rendu dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins une **décision formelle**, la phase contentieuse a été franchie et une intervention de l'Office n'est plus admissible. Cette étape une fois dépassée, l'Office de médiation s'abstient d'évaluer l'issue du procès et ne dispense pas non plus de conseils quant à la façon de se comporter en cours de procédure.

L'Office de médiation **n'est pas compétent** dans les domaines suivants :

- En cas de **litiges entre un fournisseur de soins et son patient** lorsque ceux-ci concernent par exemple le traitement ou une question de responsabilité civile. Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés auprès de l'Ombudsman des médecins, d'une organisation de défense des patients ou d'un avocat spécialiste en la matière.
- En cas de **différends entre autorités et citoyens**, par exemple en matière de subsides pour la réduction des primes ou de prestations complémentaires. Suivant les cantons, il existe des médiateurs auxquels les citoyens peuvent s'adresser.
- En cas de **contestations entre autorités** (par exemple au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- En cas de **contestation des primes approuvées par l'autorité**, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. Les caisses-maladie ne peuvent exiger que les primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul échappe à l'examen de l'Office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé en regard du tarif approuvé.
- En cas d'**intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants**, dont l'assureur ne répond pas.

Dans tous les cas qui précèdent, l'Office de médiation se borne à dispenser oralement de courts renseignements et instructions.

4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder?

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Office de médiation. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais de plus en plus par courrier électronique. Ce dernier canal permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'Office de médiation par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site de l'Office de médiation (www.om-kv.ch) contient une formule de contact avec les informations correspondantes.

L'Office de médiation est également toujours plus souvent sollicité par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercedent en faveur de patients ou d'usagers confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'Office de médiation n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité. Ce n'est toutefois pas la tâche de l'Office de médiation de décharger les autres organisations du travail qui leur incombe ou de s'immiscer dans des litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs concernant la politique tarifaire. Il existe en tels cas d'autres instances de médiation. En ce qui concerne les demandes provenant d'assurés soutenus par les

services sociaux, l'Office de médiation se limite à donner oralement des informations juridiques, tout en faisant preuve de retenue. La plupart du temps il renonce à intervenir auprès des assureurs car ce n'est pas son rôle que d'intervenir en lieu et place d'institutions étatiques.

Il est frappant de constater que l'Office de médiation est toujours plus sollicité par des bureaux fiduciaires au nom de leurs mandants. Là aussi, l'Office de médiation fait preuve de retenue. En effet, c'est aux assurés qui s'adressent à lui que doit profiter ses services gratuits et non aux bureaux de courtage qui facturent à leurs clients pour leurs services des honoraires.

4.4 Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?

L'Office de médiation n'intervient pas si l'assuré a des prétentions envers une assurance de protection juridique ou s'il est représenté par un avocat. Il arrive malheureusement toujours plus souvent que des assurances de protection juridique, qui devraient servir leurs prestations contractuelles (conseils juridiques et prise en charge financière des services d'un avocat), adressent leurs clients à l'Office de médiation afin de se faciliter la tâche et de faire des économies financières. L'assuré ne reçoit ainsi pas une prestation qu'il a financée en payant des primes. C'est l'Ombudsman de l'assurance privée et de la CNA/SUVA qui fait Office de médiateur dans les différends entre les assurances de protection juridique et leurs clients.

4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation?

Les assurés reçoivent des collaborateurs de l'Office de médiation un avis sur l'affaire litigieuse et une prise de position lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Les demandes des assurés sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, le collaborateur de l'Office de médiation en charge du dossier intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Quand la cause est urgente, il est pris contact avec l'assureur par téléphone. L'Office de médiation dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner dans le cadre interne et d'y répondre. Si l'Office de médiation constate que l'assuré est dans l'erreur parce qu'il a mal évalué sa propre situation, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles applicables. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?

L'action de l'Office de médiation porte sur les cas particuliers et s'appuie sur le droit en vigueur. L'Office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs-maladie et ne peut donc leur adresser ni directives générales ni instructions dans un cas d'espèce. Sa mission réside dans la médiation, ce qui présuppose la confiance de l'assuré et de l'assureur.

Le règlement régissant l'activité de l'Office de médiation autorise certes ce dernier à alerter les associations faïtières des assureurs-maladie, voire même l'opinion publique, lorsque les plaintes au sujet d'un problème particulier se multiplient. Mais sa tâche première consiste à s'adresser à l'assureur concerné, auquel il suggérera des améliorations. Il contribue ainsi à maintenir un niveau de qualité élevé de la branche. Dans ce sens, il peut effectivement influencer, dans certains domaines, sur la politique d'entreprise des assureurs.

De plus en plus souvent, l'Office de médiation prend contact avec les directions des assureurs-maladie lorsque par exemple, des problèmes s'accumulent. En règle générale, les assureurs saluent ces interventions et sont la plupart du temps disposés à rechercher une solution aux problèmes soulevés de manière non bureaucratique.

5 Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

Le fonctionnement et l'efficacité de l'Office de médiation seront illustrés ci-après sous la forme de comptes rendus résumant brièvement, à titre d'exemples, des cas soulevant des questions et des difficultés fréquentes ou particulières. Pour des motifs liés à la protection de la personnalité, les noms et les données personnelles ne seront pas mentionnés ou seront modifiés. L'état de fait, les explications et les solutions seront présentés de manière simplifiée.

5.1 La participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal

Également en 2016 beaucoup de demandes ont concerné la participation aux coûts en cas de maternité. La mise en œuvre de la modification législative entrée en vigueur le 1er mars 2014 est toujours source d'incertitudes aussi bien chez les assurés qu'auprès des collaborateurs des caisses-maladie :

Cas n° 1

Une assurée a fait une fausse couche durant la 12ème semaine de grossesse et a dû subir un curetage. La caisse-maladie a prélevé une participation aux coûts, avec laquelle l'assurée n'était pas d'accord.

L'ancien art. 64 al. 7 LAMal (en vigueur jusqu'au 28 février 2014) prévoyait que l'assureur ne pouvait pas prélever une participation aux coûts en cas de maternité. La délimitation entre les prestations spécifiques de maternité et les prestations qui, bien que présentant un rapport avec la maternité, n'étaient, de par la loi, pas exemptes de participations aux coûts, conduisait à désavantager les femmes qui rencontraient des complications durant leur grossesse.

Avec l'entrée en vigueur du nouvel art. 64 al. 7 let. a et b LAMal, le désavantage s'est partiellement dissipé. En effet, selon la nouvelle disposition, sont exemptées de participation aux coûts aussi bien les prestations spécifiques de maternité selon l'art. 29 LAMal que les prestations visées aux art. 25 et 25a LAMal qui sont fournies à partir de la 13ème semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Une fausse couche (ou avortement spontané) consiste en une complication survenue pendant la grossesse et non en une prestation spécifique de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal. Si, en raison d'une telle complication, une intervention médicale est rendue nécessaire, comme par exemple un curetage, alors celle-ci doit être considérée comme une maladie selon les art. 25 et 25a LAMal. En vertu de l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal, jusqu'à la 12ème semaine de grossesse

(incluse), il y a une obligation pour l'assurée de participer aux coûts, obligation dont elle est libérée à partir de la 13ème semaine, conformément à l'art. 64 al. 7 let. b LAMal.

Dans le cas d'espèce, il a été procédé au curetage durant la 12ème semaine de grossesse. Comme le législateur n'a exempté de participation aux coûts les complications liées à la grossesse qu'à partir de la 13ème semaine, la participation aux coûts facturée en l'espèce n'était pas critiquable.

Remarque:

1. Si l'assurée avait subi la fausse couche entre la 13ème et la 23ème semaine de grossesse, les éventuelles prestations auraient été exemptes de participation aux coûts.
2. Si l'assurée avait subi la fausse couche dès la 24ème semaine de grossesse, on aurait alors parlé d'une naissance d'un enfant mort-né; l'art. 105 al. 2 OAMal assimilant une telle situation à un accouchement après la 23ème semaine de grossesse, l'assurée n'aurait pas eu à payer de participation aux coûts pour les prestations fournies pendant l'accouchement et durant les huit semaines suivantes (art. 64 al. 7 let. b LAMal).

Cas n° 2

Le père d'une assurée nous a communiqué que sa fille avait subi une interruption de grossesse non punissable dans la douzième semaine de grossesse. Il voulait qu'on lui indique s'il est vrai qu'une participation aux coûts était due en cas d'interruption de grossesse non punissable. En outre, il nous a demandé si, dans le cas où l'intervention avait eu lieu à partir de la treizième semaine de grossesse, cela aurait changé quelque chose en ce qui concernait la participation aux coûts.

Conformément à l'art. 119 du Code pénal, l'interruption de grossesse n'est pas punissable dans deux situations:

1. Si un avis médical démontre que l'intervention est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.
2. Si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, l'interruption de grossesse est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte et la conseiller.

Dans les deux cas, il ne s'agit ni d'une prestation spécifique de maternité ni d'une complication liée à la grossesse, mais d'un avortement

volontaire.

D'après l'art. 30 LAMal, l'assurance obligatoire des soins de la LAMal prend en charge les coûts de l'interruption de grossesse non punissable au même titre qu'une maladie.

En cas de maladie, selon l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils ont bénéficié. Conformément à l'art. 64 al. 7 LAMal, une exemption du devoir de participation n'est pas accordée.

Dans le cas d'espèce, la réponse à la question du père de l'assurée était donc la suivante : L'assurée doit toujours payer une participation aux coûts pour une interruption de grossesse non punissable. Du point de vue de l'assurance-maladie, le moment de l'intervention ne joue pas de rôle.

Cas n° 3

Une assurée enceinte se plaignait de ce que la caisse-maladie lui avait demandé une participation aux coûts pour des analyses de laboratoire ordonnées par le gynécologue au cours des premières semaines de grossesse, au motif qu'il s'agissait d'examens effectués avant la 13ème semaine de grossesse. L'assurée voulait savoir si les analyses de laboratoires en question étaient effectivement exemptées de franchise uniquement après la 13ème semaine.

En vertu de l'art. 64 al. 7 LAMal, le législateur différencie les prestations spécifiques de maternité selon l'art. 29 LAMal, qui à quelques exceptions près ne sont liées par aucun délai, des prestations obligatoires selon les art. 25 et 25a LAMal qui sont exemptées de participation aux coûts à partir de la 13ème semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Les prestations spécifiques de maternité comprennent, entre autres prestations, les examens de contrôle prescrits par un médecin (art. 29 al. 2 let. a LAMal). Lors d'une grossesse normale, le gynécologue procède notamment aux analyses de laboratoire nécessaires, durant la première consultation et les consultations ultérieures, conformément à la liste des analyses (LA) (cf. art. 13 let. a ch. 1 OPAS). Ses prestations sont fournies en partie avant la 13ème semaine de grossesse; cependant, comme il s'agit de prestations de maternité au sens de l'art. 29 LAMal, celles-ci sont exemptes de participation aux coûts, conformément à l'art. 64 al. 7 let. a LAMal.

Les analyses de laboratoire effectuées lors d'examens de contrôle sur des femmes enceintes ne doivent pas être confondues avec les analyses prescrites par un médecin en cas de maladie au sens de l'art. 25 al. 1 let. b LAMal.

Comme en l'espèce il était purement question d'une prestation spécifique de maternité, nous avons rapidement pu régler l'affaire en intervenant en faveur de l'assurée.

5.2 La contribution aux frais de transport et de sauvetage selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal

La distinction entre les frais de transport médicalement nécessaires et les frais de sauvetage est un autre sujet qui nous occupe toujours (art. 25 al. 2 let. g LAMal en relation avec les art. 26 et 27 OPAS).

Aux termes de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal en relation avec l'art. 26 OPAS, l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un **transport médicalement indiqué**, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé, pour permettre la dispensation de soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir. Le montant maximum est de 500 francs par année civile. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.

Un transport est médicalement indiqué quand la personne doit être emmenée chez un fournisseur de prestations afin qu'il soit procédé à des mesures médicales nécessaires, sans pour autant que la personne se trouve dans la détresse d'une situation de sauvetage (art. 26 OPAS; ATF 130 V 424 consid. 3.2). Le transport doit toutefois avoir pour objectif la mise en œuvre d'une prestation obligatoire légale (SBVR Soziale Sicherheit – Eugster, n. 465.)

Selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal en relation avec l'art. 27 OPAS, l'assurance prend en charge 50 % des frais de **sauvetage** en Suisse. Le montant maximum est de 5000 francs par année civile.

Les sauvetages peuvent concerner trois situations : la libération d'un danger particulièrement menaçant pour la santé ou la vie, l'administration urgente de soins médicaux ou les deux. En principe, les sauvetages constituent une aide organisée sous responsabilité médicale et vont donc plus loin qu'un transport médical d'urgence. Partant, la notion de frais de sauvetage ne se limite pas aux coûts du transport mais englobe aussi toutes les mesures qui sont nécessaires au sauvetage de la personne concernée (art. 27 OPAS; ATF 130 V 424 consid. 3.3). Il s'agit de préserver la vie de la personne assurée, d'écartier la mise en danger de la vie consécutive à une détérioration rapide de la santé, ou d'empêcher une atteinte grave à la santé. La notion de sauvetage requiert ainsi une situation d'urgence. La nécessité d'une mesure de sauvetage est déterminée d'après les circonstances au moment où l'aide est requise ou ordonnée (SBVR Soziale Sicherheit – Eugster, n. 473 et 474).

La caractéristique des mesures de sauvetage est qu'en règle générale ces mesures ne peuvent pas être planifiées, contrairement aux transports prévus par l'art. 26 OPAS.

Cas n° 4

Une jeune femme était régulièrement victime d'évanouissement dans la rue, ce qui engendrait des frais élevés pour sa famille dans la mesure où,

à chaque fois, il était fait appel à l'ambulance. L'assureur prenait certes généralement en charge les frais de transport médicalement indiqué. Toutefois les 500 fr. par an prévus à cet effet étaient rapidement atteints. Les parents de l'assurée s'adressèrent alors à l'Office de médiation et voulaient savoir si l'un ou l'autre transport n'aurait pas dû être comptabilisé à titre de frais de sauvetage.

Nos investigations ont révélé que deux des transports à l'hôpital avaient été comptabilisés à tort comme des frais de transport selon l'art. 26 OPAS, au lieu de frais de sauvetage selon l'art. 27 OPAS. En effet, il était question dans les deux cas d'écarter une mise en danger de la vie à la suite d'une détérioration rapide de la santé. Cela était également corroboré par le compte rendu du service de secours. Sur intervention de l'Office de médiation, la facture des services a été corrigée.

Dans le cas suivant, il est aussi question d'un transport médicalement indiqué mais qui concerne un transport de retour au lieu de départ, dont le coût n'est en règle générale pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. En effet, de par la loi, la caisse-maladie ne prend en charge que les transports en direction d'un fournisseur de prestations mais non le transport de retour. Il y a cependant des exceptions :

Cas n° 5

Après une hospitalisation, une assurée a été réacheminée de l'hôpital vers un établissement médico-social. La caisse-maladie refusait de participer aux frais engagés, dans la mesure où il s'agissait d'un transport de retour et non d'un transport en direction d'un fournisseur de prestations. L'époux de l'assurée, entre-temps décédée, n'était pas d'accord avec cette décision.

Il ressort de nos investigations que l'assurée était en chaise roulante et avait besoin d'être alimentée en oxygène. Le transport ne pouvait être entrepris qu'avec l'accompagnement d'un tiers. L'assurée n'était donc pas en état d'employer les transports publics. Afin que la patiente puisse, malgré ses problèmes de santé, être emmenée de manière sûre sur le lieu du traitement puis ramenée, le transport était dans les deux directions médicalement indiqué au sens de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal en relation avec l'art. 26 OPAS.

Sur intervention de notre Office de médiation, la caisse-maladie a concédé qu'il y avait lieu en l'espèce de faire une exception à la règle. Elle a donc payé sa part également pour le transport de retour au titre de l'assurance obligatoire des soins.

5.3 Le devoir de renseignement de l'assureur selon l'art. 27 al. 1 LPGA

Dans le cas suivant se posait la question de l'obligation pour une caisse-

maladie de renseigner un assuré sur ses droits quand celui-ci l'informe par écrit d'un prochain traitement et lui fait également parvenir – sur demande expresse de la caisse – une copie de l'ordonnance médicale :

Cas n° 6

Un assuré s'était fait prescrire neuf séances de physiothérapie par son médecin de famille. Avant de commencer le premier traitement, il s'était renseigné auprès de la caisse-maladie sur la nécessité de lui fournir une ordonnance médicale, ce qu'elle lui confirma par écrit. L'assuré lui fit donc parvenir le jour suivant la copie demandée sans autre commentaire. Par la suite, l'assuré se fit soigner par la thérapeute et envoya la facture à la caisse-maladie à la fin des neuf séances. Celle-ci refusa de prendre en charge les frais au motif que la thérapeute concernée n'était pas une fournisseuse de prestations reconnue par l'assurance obligatoire des soins.

L'assuré n'était pas d'accord avec cette décision. Il faisait valoir qu'il avait transmis une copie de l'ordonnance médicale à la caisse-maladie avant le début du traitement, conformément au souhait de celle-ci. La caisse aurait dû examiner cette copie et le renseigner au sujet de la non reconnaissance de la fournisseuse de prestations, ce qu'elle n'avait toutefois pas fait. La caisse ne contestait pas avoir reçu la copie de l'ordonnance médicale. Elle maintenait seulement que l'assuré n'avait pas droit au remboursement des frais.

L'Office de médiation est intervenu auprès de la caisse-maladie et a invoqué l'art. 27 al. 1 LPGA, selon lequel les assureurs – dont l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal – sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations.

En outre, l'Office de médiation a renvoyé au principe de la bonne foi qui protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il a placée dans les assurances reçues des autorités. Cela signifie notamment que de faux renseignements reçus de l'administration peuvent offrir sous certaines conditions un traitement de l'administré contraire au droit matériel. Conformément à la jurisprudence et à la doctrine, l'administration est liée par le renseignement erroné qu'elle a donné,

1. lorsqu'elle est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées;
2. lorsqu'elle a agi ou était censée avoir agi dans les limites de ses compétences;
3. lorsque l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu;
4. lorsque l'administré s'est fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice;

5. lorsque la réglementation n'a pas subi de modification depuis le moment où l'assurance a été donnée;

(cf. ATF 121 V 65, 66 consid. 2).

Dans ce contexte, l'Office de médiation a d'abord soutenu dans son argumentation que, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, les caisses maladies agissent comme organe de l'Etat et sont donc considérées comme des autorités au sens de la jurisprudence.

Dans la mesure où, en l'espèce, il était question d'un renseignement omis et non erroné, l'Office de médiation a fait valoir, fondé sur un arrêt du Tribunal fédéral, que le défaut d'information, en violation de l'obligation légale de renseigner, devait être traité de la même manière qu'une fausse information (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral du 10 octobre 2011, B 27/00, consid. 9c.aa). En outre, il a renvoyé à un autre arrêt du Tribunal fédéral, d'après lequel la protection issue du principe de la bonne foi pouvait être invoquée non seulement en relation avec un renseignement erroné mais aussi lorsque le comportement de l'autorité est susceptible de générer des attentes chez les assurés, lesquels sont alors protégés (voir arrêt non publié du Tribunal fédéral du 25 octobre 2005, K 107/05, consid. 3.2).

Pour finir, l'assuré avait tout fait pour pouvoir être certain que les frais pour les neuf séances de physiothérapie soient pris en charge par l'assurance. La caisse-maladie n'avait cependant pas satisfait son devoir de clarification et de renseignement conformément à l'art. 27 al. 1 LPGA.

L'Office de médiation a pu démontrer avec succès à la caisse-maladie que, dans le cas d'espèce, toutes les conditions d'une prise en charge des prestations, en vertu du principe de la bonne foi, étaient remplies. L'assuré reçoit alors le remboursement demandé.

5.4 La suspension de la couverture des accidents selon l'art. 8 LAMal

Beaucoup d'assurés désapprouvent le fait que la suspension de la couverture des accidents, qui conduit à une diminution des primes, n'intervient que sur demande, conformément à l'art. 8 LAMal en relation avec l'art. 11 OAMal. Nous recevons comme toujours beaucoup de questions à ce sujet :

Cas n° 7

Un nouvel arrivant étranger s'était assuré dans les délais, soit dans les trois mois qui suivaient sa prise de domicile en Suisse, auprès d'une caisse-maladie admise. C'est seulement lors de l'adhésion à la caisse qu'il pouvait communiquer à l'assureur qu'il était entièrement couvert selon la LAA par son employeur. Il ne comprenait pas pourquoi la suspension de la couverture des accidents ne pouvait pas débiter au

moment de la prise de domicile en Suisse comme pour l'assurance obligatoire des soins.

Nous avons tout d'abord expliqué à l'assuré les art. 8 LAMal et 11 OAMal, selon lesquels la suspension a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande. La suspension n'est donc pas automatique.

Nos investigations auprès de l'autorité de surveillance compétence ont montré que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a toujours refusé, sur la base de l'art. 8 LAMal et du texte clair de l'art. 11 al. 1 OAMal, d'accorder exceptionnellement une suspension avec effet rétroactif de la couverture des accidents. Cette pratique continue à être suivie même lorsque la personne assurée n'est pas responsable du retard de l'annonce (par exemple après le début d'un apprentissage, après l'augmentation du taux d'activité, après une décision tardive de l'assurance chômage). Dans l'optique de maintenir une pratique constante, l'OFSP conserve le même point de vue également en ce qui concerne le cas d'un nouvel arrivant étranger qui est assuré rétroactivement. Nous avons fait part de la position de l'OFSP à l'assuré.

6 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA

6.1 Prestations fournies par l'assurance complémentaire d'hospitalisation

Il existe bon nombre d'assurances complémentaires d'hospitalisation qui, dans les conditions générales et spécifiques d'assurance, prévoient une liste des hôpitaux qui peut être consultée auprès de l'assureur. Cela signifie que l'assureur-maladie n'a conclu de contrat qu'avec ces hôpitaux. Par conséquent, les frais ne seront couverts que pour les hôpitaux figurant sur la liste. Cela vaut pour chaque assuré qui a souscrit une couverture d'hospitalisation division commune pour toute la Suisse, mais aussi pour ceux qui ont une couverture d'hospitalisation en division privée ou semi-privée. Beaucoup de ces assurés n'en sont pas conscients comme le montre le cas suivant:

Cas n° 8

Une assurée se plaignait à notre Office de médiation du fait que sa caisse-maladie ne lui offrait aucune garantie de couverture des frais pour une intervention planifiée dans un hôpital particulier au motif que le fournisseur de prestations concerné ne figurait pas sur sa liste d'assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée et privée. L'assurée voulait qu'on lui indique si cela était valable.

Nos investigations ont montré que l'hôpital en question utilisait un nouveau procédé en cas d'opération du cœur qui permet aux patients de rentrer chez eux deux jours après l'opération. L'assureur-maladie ne pouvait pas s'accorder avec le fournisseur de prestations sur un tarif dans le domaine de l'assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée et privée de sorte qu'il a interrompu les négociations et inscrit cet hôpital sur sa liste uniquement pour la division commune. Il proposait aux assurés ayant souscrit une assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée ou privée soit de se faire opérer dans un autre hôpital selon la manière traditionnelle (incluant un séjour stationnaire de 14 jours en division privée ou semi-privée) soit de se soumettre à l'intervention moins invasive dans l'hôpital retenu par l'assuré, mais en division commune. Dans ce dernier cas, il était prêt à payer aux assurés un montant forfaitaire par nuit à titre d'indemnisation.

L'Office de médiation pouvait seulement confirmer à l'assurée que l'avis de refus était correct. En effet, les assurances complémentaires d'hospitalisation sont soumises au droit privé. Lorsque les assureurs ne peuvent pas s'accorder avec les fournisseurs de prestations (in casu : l'hôpital), aucun accord tarifaire n'aboutit. Il peut arriver que l'un des assureurs arrive à s'accorder avec un hôpital particulier et qu'un autre assureur n'y parvienne pas. Ce sont les assurés qui en pâtissent. Ils ne

peuvent pas facilement changer leur assurance complémentaire d'hospitalisation pour des motifs liés à leur âge ou leur santé.

Nous pouvons uniquement conseiller aux assurés de toujours se renseigner par écrit avant la planification d'une intervention, afin de savoir si celle-ci est ou non couverte par la police d'assurance. C'est la seule manière d'éviter une perte financière.

6.2 La procédure de recouvrement selon les 20 et 21 LCA

Dans le domaine de l'assurance complémentaire, les exigences de forme et de contenu relatives à une sommation sont particulièrement strictes, compte tenu des graves conséquences économiques pour la personne assurée. On constate régulièrement que les dispositions déterminantes ne sont pas toujours bien appliquées et parfois même un nouvel arrêt du Tribunal fédéral ne parvient pas à éclaircir un problème, lorsqu'il laisse place à des interprétations diverses comme le montre le cas suivant:

Cas n° 9

L'assurée se trouvait en retard de paiement et reçut un jour une sommation au sens de l'art. 20 al. 1 LCA, dans laquelle on lui réclamait un paiement dans les 30 jours, sous la menace légale de suspension des prestations à l'expiration du délai et de résiliation du contrat d'assurance dans les deux mois suivant (présomption légale de résiliation du contrat). Comme il n'était pas possible pour l'assurée de s'acquitter de la demande de paiement dans le délai, les prestations ont été suspendues. L'assurée ne l'acceptant pas, elle s'adressa à l'Office de médiation et demanda de l'aide.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 138 III 2 ss.), la sommation écrite doit indiquer les montants dont le paiement est exigé, ainsi que le délai de paiement de 14 jours que l'assureur peut également prolonger à 30 jours en faveur de l'assuré. Surtout, la sommation doit indiquer expressément les conséquences de la demeure pour que le débiteur en ait bien conscience. La menace des suites d'un retard de paiement doit être explicite, claire et complète. **Toutes les conséquences de la demeure doivent être énoncées, à savoir non seulement la suspension de l'obligation de l'assureur d'allouer des prestations selon l'art. 20 al. 3 LCA mais aussi le droit de l'assureur de se départir du contrat, respectivement la présomption de résiliation conformément à l'art. 21 al. 1 LCA** (ATF 128 III 186, 187 consid. 2). Un simple référence dans la mise en demeure aux normes légales des art. 20 s. LCA ne suffit pas ni un renvoi aux dispositions correspondantes des conditions générales et spécifiques des assurances. N'est pas non plus suffisante l'indication selon laquelle des informations complémentaires sur les suites d'une absence de paiement peuvent être requises auprès de l'assureur (ATF 138 III 2, 7 consid. 4.2 et les références).

En invoquant l'ATF 138 III 2 ss, nous avons attiré l'attention de l'assureur-maladie sur le fait que, tant dans le cas sur lequel s'est penché le Tribunal fédéral que dans celui qui nous occupait, seules deux des trois conséquences de la mise en demeure figuraient dans la sommation. Dans la décision du Tribunal fédéral, il manquait la référence à la présomption de résiliation contenue dans l'art. 21 al. 1 LCA (respectivement la fiction) (cf. ATF 138 III 2, 8 consid. 5.1) et dans notre cas le droit de l'assureur de résilier le contrat. Nous considérons que dans chaque cas toutes les trois conséquences de la mise en demeure devaient être mentionnées afin que la sommation satisfasse les exigences jurisprudentielles.

Contre toute attente, l'assureur ne partageait pas notre avis et faisait valoir que, dans son énumération des conséquences de la mise en demeure, le Tribunal fédéral avait employé le mot «respectivement» (1. suspension de l'obligation de l'assureur d'allouer des prestations selon l'art. 20 al. 3 LCA, 2. droit de l'assureur de résilier le contrat, respectivement 3. présomption de résiliation selon l'art. 21 al. 1 LCA), de sorte que les conditions pour une sommation valable seraient aussi remplies lorsque seule la présomption de résiliation est citée. Nous ne pouvons pas partager cet avis. Selon nous, le mot «respectivement» ne peut pas, dans ce contexte, être remplacé par le mot «ou» mais seulement par «et» puisque la référence à la présomption de résiliation ne doit jamais être omise.

En réalité, ce qui constitue la toile de fond de la présomption légale irréfragable de l'art. 21 al. 1 LCA, c'est la volonté du législateur d'empêcher que l'assureur reste longtemps inactif et revendique à un quelconque moment de son choix le paiement des primes arriérées et entre-temps échues, sans être obligé d'allouer des prestations pendant cette période. L'assuré doit savoir en temps voulu à quoi s'en tenir, pour le cas échéant pouvoir trouver une couverture d'assurance ailleurs. Autrement dit, l'objectif est d'apporter de la clarté en ce qui concerne le maintien du contrat. La suspension de la couverture d'assurance en cas de maintien (provisoire) des relations contractuelles existantes provoque un état d'incertitude qui, dans l'intérêt du preneur d'assurance, ne doit pas perdurer sans limite dans le temps. Si celui-ci est laissé dans l'incertitude face à la présomption de résiliation, il ne peut rien déduire de l'inaction de l'assureur (sans revendication des primes arriérées et sans explication au sujet de la résiliation immédiate après l'expiration du délai de préavis de 14 jours). Cette incertitude juridique doit être évitée par une référence claire dans la sommation.

Pour ce qui est du niveau de clarté requise par les juges fédéraux en relation avec le maintien du contrat, l'assuré doit aussi être informé du fait que l'assureur a le droit, après l'expiration du délai de 14 jours, de résilier le contrat. Par conséquent, selon nous, l'assureur ne peut pas choisir parmi les trois conséquences de la mise en demeure énumérées dans la jurisprudence récente. Il doit les détailler toutes les trois dans la sommation, sans quoi celle-ci ne sera pas valable.

Dans le cas d'espèce, l'assureur maintenait son point de vue. Nous avons donc constaté l'échec de la médiation et avons rappelé à l'assurée qu'il lui était loisible de faire valoir ses droits par la voie judiciaire.

6.3 Le changement d'assureur

Beaucoup d'assurés voudraient garder l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et les assurances complémentaires selon la LCA auprès du même assureur-maladie. A ce propos, ils ne sont pas conscients du fait que les modalités de résiliation des deux assurances ne sont pas les mêmes.

Cas n° 10

Un père de famille voulait, pour lui et sa famille, changer d'assureur-maladie à la fin de l'année 2015. Sa lettre de résiliation, envoyée sous pli recommandé, a été réceptionnée par l'assureur dans les délais, juste avant le dernier jour de travail en novembre. Ce dernier lui confirma alors que l'assurance obligatoire des soins serait résiliée à l'égard de tous les membres de la famille pour la fin de l'année. En ce qui concernait toutefois les assurances complémentaires, l'assureur lui répondit par lettre standard que la résiliation était parvenue trop tard ou que les assurances ne pouvaient être résiliées que dans quelques années (assurances complémentaires pluriannuelles). Le père de famille était désespéré, parce que lui et sa famille étaient maintenant assurés doublement, ce qui engendre forcément des coûts élevés. Il voulait que l'Office de médiation lui indique comment est-ce qu'il pouvait régler son problème de double assurance.

L'Office de médiation a seulement pu lui fournir les explications suivantes:

Après réception de la nouvelle police d'assurance au mois d'octobre, les assurés ont la possibilité de résilier leur assurance obligatoire des soins selon la LAMal pour la fin de l'année. Il s'agit là d'un droit de résiliation extraordinaire octroyé aux assurés de par la loi, indépendamment du fait de savoir si les nouvelles primes seront plus ou moins élevées que les actuelles (cf. art. 7 al. 2 LAMal).

Cette disposition propre au droit des assurances sociales ne vaut pas pour les assurances complémentaires selon la LCA, lesquelles sont soumises au droit privé. En effet, les assurances complémentaires peuvent seulement être résiliées en cas d'augmentation des primes. Si le montant des primes de l'assurance complémentaire n'augmente pas en automne pour l'année suivante, alors l'assuré ne peut pas procéder en novembre à une résiliation extraordinaire valable pour la fin de l'année.

Au contraire de ce qui prévaut dans l'assurance obligatoire des soins, il n'y a pas d'interdiction de double assurance en droit privé. Partant, dans le cas d'espèce, le père de famille ne pouvait que prier le nouvel assureur de bien vouloir suspendre les nouvelles assurances

complémentaires – dans la mesure où il y avait double assurance – jusqu'à ce qu'il puisse résilier correctement les assurances complémentaires auprès de l'assureur qu'il n'avait pas pu quitter. Il y a de bonnes chances que l'assureur fasse preuve de compréhension lorsqu'il s'agit d'assurances complémentaires qui peuvent en effet être résiliées au cours de l'année.

La situation s'avère plus compliquée, lorsque l'assuré est engagé auprès de deux (ou plusieurs) assureurs par le biais d'assurances complémentaires pluriannuelles. En tel cas, il ne reste guère que la possibilité d'une résiliation dite „sur sinistre“ au sens de l'art. 42 LCA. Cette résiliation extraordinaire ne concerne toutefois que la couverture qui sert effectivement des prestations.

Il est également à observer que dans une situation de double assurance l'assuré est tenu en cas de sinistre d'informer les deux assureurs-maladie de l'existence de l'autre couverture et, à des fins de preuve, de procéder par pli recommandé. A défaut d'annonce, aucun des assureurs-maladie n'est lié à son égard et aucun n'est tenu de l'indemniser (art. 53 LCA). Si aucune prestation n'est fournie, alors aucune résiliation extraordinaire selon l'art. 42 LCA n'est possible.

L'Office de médiation recommande toujours et encore de faire preuve d'une grande circonspection avant de résilier des assurances complémentaires selon la LCA car non seulement cela peut conduire facilement à une assurance double ou multiple lorsque l'assuré n'a pas respecté les échéances et délais de résiliation d'une assurance avant d'en conclure une autre, mais encore parce que les assurés, en raison de leur âge ou de leur état de santé risquent par la suite de ne plus jamais pouvoir retrouver de couvertures identiques ou semblables. En outre, l'assureur peut refuser de conclure même sans que l'assuré soit souffrant ou affecté dans sa santé. Il suffit de penser au problème de mauvais positionnement dentaire chez les enfants. C'est ce que le cas suivant aimerait illustrer :

Cas n° 11 :

Les assurances complémentaires dentaires comprennent la plupart du temps une couverture pour les traitements orthodontiques.

Une mère de famille s'est adressée à notre Office pour nous faire part de ses grands doutes en relation avec la visite que venait de lui faire un courtier. Ce courtier lui avait proposé pour ses trois enfants de 2, 4 et 7 ans des assurances dentaires couvrant notamment les traitements orthodontiques. Il lui avait présenté une offre extrêmement alléchante par rapport aux primes qu'elle payait pour les couvertures dont elle disposait déjà. La première dentition de l'aîné des enfants avait présenté quelques mauvais positionnement dentaire mais le courtier avait, pendant l'entretien, banalisé la situation puisque les dents de lait étaient tombées et que les dents définitives n'avaient pas encore percé. La mère des enfants ne savait pas si elle pouvait signer l'offre et résilier ses couvertures existantes.

Notre Office a d'abord recommandé toute prudence. Il faut savoir que dans la pratique, la conclusion d'une assurance dentaire incluant la prise en charge de traitements orthodontiques se passe généralement sans difficulté aussi longtemps que l'enfant n'a pas atteint l'âge de cinq ans. Lorsqu'une assurance dentaire est supprimée à des fins d'épargne de quelques francs le risque est grand de ne finalement recevoir aucune prestation.

Au vu des explications fournies, la question se posait, pour notre Office, de savoir si l'enfant de 7 ans n'était pas déjà trop âgé pour conclure une nouvelle assurance. En tout état de cause, il a recommandé à cette maman de faire examiner l'enfant par son médecin dentiste traitant afin d'établir si un éventuel mauvais alignement des dents – qu'il fallait corriger à l'avenir – était déjà prévisible. Si tel devait être le cas, il serait déconseillé de conclure une nouvelle assurance dentaire pour l'enfant. Il était important que cette dame ne reste finalement pas avec des frais dentaires élevés sur les bras, qui, comme on le sait en cas de besoin d'un appareil dentaire, s'élèvent à plusieurs milliers de francs.

En résumé, l'assuré ne devrait résilier ses assurances complémentaires selon la LCA que lorsqu'il est certain de ne plus vouloir en faire usage ou lorsqu'il n'est plus à même de se les offrir.

8 Pratique en présence de situations transfrontalières

Le nombre de cas présentant des éléments transfrontaliers (en particulier avec l'UE) augmente constamment. Tel a aussi été le cas durant l'année de référence. Les deux cas suivants illustrent les difficultés rencontrées dans ce genre de situations.

Cas n° 12

Une assurée a écrit à notre Office de médiation qu'elle avait été hospitalisée d'urgence durant trois jours lors de vacances en Sardaigne au mois d'octobre 2016 pour une pyélonéphrite (inflammation aux reins). Elle avait alors présenté sa carte européenne d'assurance-maladie et annoncé le cas à sa caisse-maladie en Suisse. Elle était partie du principe que toutes les prestations seraient directement réglées entre l'hôpital et son assureur-maladie par l'intermédiaire de l'institution du lieu de séjour en Italie et celui en Suisse (l'Institution commune LAMal à Soleure). Sur place elle n'avait pas dû régler de factures.

Presque dix ans plus tard, le 26 janvier 2016, l'assurée reçut une sommation sous pli recommandé de l'hôpital italien (joignant une facture du fournisseur de prestations du 31 décembre 2008 d'un montant de 1'761.47 euros). L'assurée remit alors la sommation et la facture à son assureur-maladie. Celui-ci refusa de prendre en charge la prestation sur la base de l'art. 24 LPGa, au motif que la facture de l'hôpital était datée du 31 décembre 2008 et que, par conséquent, le délai de 5 ans était clairement dépassé.

L'Office de médiation est intervenu auprès de la caisse-maladie et a attiré l'attention de cette dernière sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle le délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 LPGa ne commence à courir qu'après réception par la personne assurée de la facture de l'hôpital (ATF 139 V 244 ss, consid. 3.1).

Nous avons fait valoir que l'assurée n'avait eu connaissance de la facture de l'hôpital qu'avec la sommation du 26 janvier 2016. La sommation elle-même était adressée à l'adresse correcte de l'assurée. En revanche, la facture du 31 décembre 2008 ne mentionnait ni code postal, ni lieu de domicile ou indication du pays dans lequel l'assurée habitait. La facture du 31 décembre 2008 n'était ainsi pas distribuable, de sorte que l'on pouvait partir du principe que l'assurée n'avait eu connaissance de la facture qu'avec la notification de la sommation du 26 janvier 2016. Conformément à la jurisprudence susmentionnée du Tribunal fédéral, le délai de péremption de l'art. 24 LPGa n'avait commencé à courir qu'à compter du 26 janvier 2016. L'assurée avait donc droit au remboursement. L'assureur admit notre argumentation et remboursa le montant des frais pour les soins (déduction faite de la participation aux coûts).

Cas n° 13

L'assuré séjournait à Chypre pour des raisons professionnelles, lorsque dans la rue il fut pris dans de violentes douleurs à l'estomac et d'importants vomissements. Comme il rendait une grande quantité de sang, il fut emmené par des passants à un hôpital privé voisin. Le crachement de sang était dû à une hémorragie stomacale nécessitant une gastroscopie immédiate. Un médecin indépendant a dû être appelé spécialement sur place pour cette opération. Par la suite, l'assuré a dû rester en observation dans la clinique deux jours de plus.

Etant donné que la clinique privée ne comptait pas au nombre des fournisseurs de prestations admis dans le système de sécurité sociale chypriote, la carte européenne de l'assurance-maladie n'avait pas été acceptée et l'entraide en matière de prestations entre Chypre et la Suisse n'avait pas fonctionné. Partant, l'assuré avait dû lui-même payer les factures de la clinique et du médecin indépendant sur place avec sa carte de crédit.

De retour à la maison, il transmet les factures à sa caisse-maladie pour remboursement de son séjour hospitalier à Chypre. Cependant, celle-ci ne prit en charge qu'une faible part des coûts, au motif que le traitement en division privée (chambre individuelle, médecin indépendant en clinique privée) n'était pas couvert. L'assuré ne pouvait pas se satisfaire de cette décision, à juste titre, pour les raisons suivantes.

Conformément à l'art. 34 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

Les prestations fournies en cas d'urgence sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (art. 36 al. 4 OAMal).

Aux termes de l'art. 36 al. 5 OAMal, les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées, comme par exemple l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ci-après ALCP; RS 0.142.112.681).

Dans le cas d'espèce, l'ALCP ne pouvait pas trouver application parce que l'assuré avait été traité dans une clinique privée qui n'est pas un fournisseur de prestations admis dans le système de sécurité sociale de l'Etat du lieu de séjour. Dans un tel cas les coûts peuvent être remboursés par l'assureur-maladie suisse sur la base des art. 36 al. 2 et 4 OAMal (SBVR Soziale Sicherheit, 3^{ème} édition – Eugster, n. 583).

L'Office de médiation est intervenu auprès de la caisse-maladie et la pria de rembourser les frais. L'assureur devait verser à l'assuré le 45 % du montant forfaitaire valable pour lui en Suisse (cf. ATF 140 V 277) jusqu'à concurrence du double (art. 36 al. 2 et 4 OAMal). La caisse-maladie a accepté notre argumentation.

L'assuré a eu de la chance que le total des factures de la clinique à Chypre était si peu élevé (séjour stationnaire, honoraires du médecin indépendant) de sorte qu'il était couvert par le double du montant forfaitaire que l'assureur aurait payé en Suisse. Dans d'autres pays, comme par exemple aux Etats-Unis, au Canada ou au Japon, d'importants montants seraient restés à la charge de l'assuré. C'est pourquoi il est recommandé à chaque voyageur de souscrire une assurance voyage complémentaire qui couvre les coûts des traitements à l'étranger.

Cas n° 14

Durant l'année 2016, nous avons remarqué qu'une caisse-maladie avait soumis à un réexamen attentif tous les rapports d'assurance ayant un lien avec l'étranger.

La caisse-maladie a communiqué à ses assurés à l'étranger qu'elle était contrainte de résoudre les contrats d'assurance pour le 31 décembre 2016 s'ils ne pouvaient se prévaloir d'un domicile civil en Suisse ni d'un statut de frontalier en Suisse ou de travailleur détaché à l'étranger, et s'ils ne percevaient pas de rente AVS ou AI de Suisse. En même temps, elle devait annuler toutes les assurances complémentaires d'ici la fin de l'année 2016.

Les assurés, en particulier les personnes malades ou âgées, n'étaient pas d'accord. Après tout, ils avaient pu maintenir leur assurance obligatoire des soins selon la LAMal et les assurances complémentaires selon la LCA pendant des décennies malgré l'absence de lien avec la Suisse et avaient compté sur le fait d'être bien assurés dans leur nouveau pays, qui en principe ne connaît pas de système d'assurance-maladie obligatoire. Ils se sont donc adressés à notre Office de médiation et ont requis notre aide. En outre, ils nous ont demandé auprès de qui ils pourraient bien encore se faire assurer compte tenu de leur âge et/ou de leur mauvais état de santé.

Au plus tard depuis l'introduction de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, le 1er janvier 1996, l'assujettissement à cette loi est subordonné à l'existence d'un domicile civil en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 1 al. 1 OAMal). Par conséquent, la décision de l'assureur, de mettre fin aux rapports d'assurances selon la LAMal, était et est compréhensible, tout comme celle de résilier les assurances complémentaires selon la LCA, étant donné que les conditions générales d'assurance imposent en général également un domicile civil en Suisse.

Nos recherches nous ont amené à constater que l'assureur-maladie en question avait connaissance du domicile étranger et partant de l'absence

de lien avec la Suisse depuis des années, si ce n'est des décennies. Il ne s'agissait pas d'assurés qui avaient donné de fausses informations à l'assureur afin de bénéficier de prestations d'une assurance-maladie suisse de manière illégitime. Selon nous, les assurés pouvaient déduire du principe de la bonne foi, en raison de la longue durée des rapports d'assurance, que leur assurance existait valablement. Ils ne devaient pas craindre une résiliation de leurs contrats d'assurance en raison de l'absence de lien avec la Suisse. Nous avons attiré l'attention de la caisse-maladie sur le fait que les assurés se trouvaient à un âge et dans un état de santé tels qui ne leur laissaient pratiquement pas de possibilité de conclure de nouveaux contrats d'assurance, et dans le cas contraire, seulement avec des clauses d'exclusion. Les personnes concernées subiraient ainsi un préjudice important aussi bien pour les cas de maladie actuels que pour les cas futurs. A notre avis, l'assureur devait continuer à couvrir ses assurés sur la base de la responsabilité fondée sur la confiance dans les cas de rigueur. Dans ces cas particulièrement graves, l'assureur devait offrir de maintenir les contrats d'assurance à la demande du preneur d'assurance. L'assureur-maladie s'est décidé pour cette solution, mais seulement dans quelques cas bien particuliers (cas de rigueur).

Vis-à-vis des assurés qui, d'entrée de cause, n'avaient pas contesté la résiliation des contrats d'assurance, se posait premièrement la question de savoir quel droit était applicable à la restitution des primes de l'assurance obligatoire des soins, et puis, jusqu'à quand les primes payées indûment pouvaient être réclamées rétroactivement.

Puisque, dans le cas d'espèce, les assurés n'avaient rempli à aucun moment les conditions de l'assujettissement à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, nous étions de l'avis que les dispositions sur l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 ss CO devraient être appliquées par analogie, conformément à la jurisprudence relative à la restitution des primes (cf. ATF 127 V 211).

L'art. 67 CO prévoit que la demande de remboursement se prescrit par un an à compter du jour où les concernés ont eu connaissance de leur droit de répétition. Dans tous les cas, elle se prescrit par dix ans dès la naissance du droit. Par conséquent, les assurés auraient un droit au remboursement des primes des dix dernières années au maximum, déduction faite des prestations fournies. Les art. 62 ss CO seraient aussi applicables dans le domaine des assurances complémentaires selon la LCA, et ce, en vertu du renvoi de l'art 100 al. 1 LCA aux dispositions du code des obligations (art. 62 ss CO).

La caisse suivit l'argumentation de notre Office et restitua les primes sous déduction des prestations touchées.

Lucerne, le 17 mai 2017
Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.2016):

MOSER Markus	Président , docteur en droit 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vice-président, mag. oec. HSG anc. conseiller aux États 7302 Landquart
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Docteur méd. psychiatrie et psychothérapie ; 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA ; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit, LL.M. ; 7742 Poschiavo
SCHWALLER Urs (jusqu'à 30.06.2016)	Docteur en droit, conseiller aux États, avocat ; 1700 Fribourg
STEIERT Jean-François (depuis 15.11.2016)	Lic. phil. I, Conseil d'État; 1700 Fribourg

Bureau de l'Office de médiation (état au 31.12.2016):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Médiatrice lic. en droit, avocate
SCHMUTZ Thomas	Substitute de la médiatrice Fürsprecher (avocat bernois)
FELLMANN Fabienne	MLaw, avocate
GOTTRAUX Isabelle	Lic. en droit, juriste
LINIGER Eliane	Expert dipl. en assurance-maladie
LORÉTAN Charles	Expert dipl. en assurance-maladie
SCHMID Jasmin	MLaw, juriste
TRONTO Lorena	MLaw, juriste
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, juriste

Contact

Par écrit:

Office de médiation de l'assurance-maladie
Morgartenstrasse 9, CP 3565
6002 Lucerne

www.om-kv.ch (avec formulaire de contact)

De vive voix:

Permanence téléphonique du lundi au vendredi, entre 09.00 et 11.30 heures:

En allemand:	041 226 10 10
En français:	041 226 10 11
En italien:	041 226 10 12